



ООО «ЦМСИН», 117420, г. Москва, Профсоюзная ул., д. 57, помещ. II, этаж №1, ком. 10  
ИНН: 7704605319, КПП: 772801001, ОГРН: 1067746757715  
Тел: (495) 223 54 05, 223 54 06;

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

пациента на обработку и передачу его персональных данных, данных и сведений,  
составляющих врачебную тайну

г. Москва

\_\_\_\_\_ года

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Дата рождения : \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации по месту жительства)

фактически проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес проживания)

документ, удостоверяющий личность, паспорт : \_\_\_\_\_  
(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

СНИЛС \_\_\_\_\_  
(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г.

№ 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на обработку ООО «ЦМСИН», расположенного по адресу: 117420, г. Москва, Профсоюзная ул., д. 57, (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

- работодатель \_\_\_\_\_
- супруг(а) \_\_\_\_\_
- мать \_\_\_\_\_
- отец \_\_\_\_\_
- сын \_\_\_\_\_
- дочь \_\_\_\_\_
- иные лица \_\_\_\_\_

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_ г.

Пациент подписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка с указанием должности)

Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.  
Информированное согласие прочитано пациенту вслух \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме.

Заполнено в моем присутствии:

\_\_\_\_\_,  
подпись ФИО, должность

Удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель)

\_\_\_\_\_,  
подпись ФИО, должность

Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения

\_\_\_\_\_  
(указать в чем состоит тяжесть)  
не может прочесть и подписать данное согласие.

Решение о общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) - пункты 9, 10 статьи 20 N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.

Врач ООО «ЦМСИН» \_\_\_\_\_  
подпись ФИО

Врач ООО «ЦМСИН» \_\_\_\_\_  
подпись ФИО

Врач ООО «ЦМСИН» \_\_\_\_\_  
подпись ФИО